

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 85

DU TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1939

PAR

Robert DESBORDES

Né à Esmans (Seine-et-Marne), le 12 octobre 1906

Diplômé d'hygiène

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. DELMAS, professeur, *Président.*
PUECH, professeur. }
JANBON, professeur. } *Assesseurs.*
CADERAS DE KERLEAU, agrégé. }



MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (14, Avenue de Toulouse)
COOPÉRATIVE OUVRIÈRE A PERSONNEL ET CAPITAL VARIABLES
TÉLÉPHONE 28-78

1939

DU TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 85

DU TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHEZ LA FEMME ENCEINTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Juillet 1939

PAR

Robert DESBORDES

Né à Esmans (Seine-et-Marne), le 12 octobre 1906

Diplômé d'hygiène

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. DELMAS, professeur, *Président.*
PUECH, professeur.
JANBON, professeur.
CADERAS DE KERLEAU, agrégé. } *Assesseurs.*



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (14, Avenue de Toulouse)

COOPÉRATIVE OUVRIÈRE A PERSONNEL ET CAPITAL VARIABLES

TÉLÉPHONE 28-78

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et toxicologie médicale	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL (J.).
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	GIRAUD.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD.
Clinique obstétricale	MASSABUAU, ass ^r
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE.
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge	P. DELMAS.
Clinique de dermato-syphiligraphie	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie maxillo-faciale	LAPEYRE.
Radiologie	DEJEAN.
Anatomie (ch. de c.)	TERRACOL.
Histologie (ch. de c.)	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires : MM. RODET, TÊDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD.

Chargés de Cours complémentaires

Histoire naturelle médicale	MM. HARANT, agrégé.
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON professeur.
Clinique phthisiologique	VIDAL, professeur.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agrégé.
Pathologie externe	MOURGUES-MOLINES.
Médecine opératoire	ROUX, agr. [agrégé].
Accouchements	N...
Stomatologie	FERRIER, (D ^r).

Agrégés en exercice

Médecine {	MM. BAUMEL.	Chirurgie {	MM. AIMES, ROUX.
	P. RIMBAUD.		MOURGUES-MOLINES.
	BOUCOMONT,		GUIBAL.
	[ch. d'agr.]	Bactériologie.	CARRERE.
	LAFON, ch. d'agr.	Chimie	MONNIER, ch. d'agr.

Examineurs de la thèse :

MM. DELMAS, prof ^r , <i>président</i> .	MM. JANBON, professeur.
PUECH, professeur.	CADERAS DE KERLEAU, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Dont les lourds sacrifices ont
rendu possibles mes études, je dédie
ce modeste travail, faible témoi-
gnage de mon amour filial et de ma
profonde gratitude.*

A MA FEMME

*Pour l'immense réconfort que je
lui dois.*

A MES CHÈRES FILLES

*Dont les gentilles caresses m'ont
donné beaucoup de courage.*

A MA BELLE-MÈRE

A MES CHERS DISPARUS
MES GRAND'PARENTS PATERNELS
ET MATERNELS
ET MON BEAU-PÈRE

In Memoriam

A TOUS CEUX QUE J'AIME, PARENTS ET AMIS

R. DESBORDES.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL DELMAS
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la Présidence de cette
thèse, en témoignage respectueux
de notre admiration et de notre
gratitude.*

R. DESBORDES.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL JANBON

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

*A qui nous devons beaucoup de
notre formation médicale, en témoi-
gnage de notre respectueuse admi-
ration et de notre fidèle attache-
ment, avec l'expression de notre
profonde reconnaissance pour les
marques d'intérêt qu'il nous a pro-
diguées.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT PUECH

PROFESSEUR D'HYDROLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage respectueux et recon-
naissance.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

JEAN CADERAS DE KERLEAU

*Qui nous a inspiré ce travail, en
témoignage de notre respectueuse
et indéfectible affection, en y joi-
gnant l'expression de notre recon-
naissance pour la sympathie qu'il
nous a témoignée.*

R. DESBORDES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE BRISSAUD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a communiqué une partie de nos observations, et que nous prions de croire à nos sentiments de profonde gratitude et de respectueuse affection.

Modeste témoignage de notre profonde reconnaissance pour tous les égards et les marques d'estime, de sympathie, d'intérêt et d'amitié qu'il nous a toujours témoignés.

R. DESBORDES.

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

R. DESBORDES.

DU TRAITEMENT
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE

INTRODUCTION

Les relations de la tuberculose et de la gestation ont toujours rencontré, chez les obstétriciens comme chez les phthisiologues, un vif intérêt que justifient à la fois l'importance des questions doctrinales, comme la gravité des conséquences pratiques enfermées dans ce problème clinique.

Si la plupart des auteurs, dans le passé comme dans le présent, pensent en effet que la gestation exerce une influence pernicieuse sur la tuberculose, il est remarquable, cependant, que cette influence n'est pas tellement constante que l'on n'ait pû avancer, à cet égard, des opinions radicalement opposées.

Pour que le problème soit envisagé sous tous ses aspects, il convient de préciser l'effet de l'intervention interruptrice de la gestation sur la tuberculose. Or, il semble bien que le traumatisme ainsi provoqué ne soit pas sans graves inconvénients.

Cette question, d'importance pratique considérable, est actuellement encore le sujet de controverses nombreuses. Ces controverses sont d'autant plus sérieuses que l'acceptation de telle ou telle doctrine entraîne des conséquences d'ordre thérapeutique et d'ordre prophylactique, dont la portée est si grande qu'elles intéressent l'hygiène publique, la vie sociale tout entière.

CHAPITRE PREMIER

Historique de l'avortement thérapeutique : son abandon de plus en plus accusé

Les premières observations furent présentées à la Société d'Obstétrique de Rome en 1886 par Pasquali et Bompiani. En 1890, William Duncan posa le principe formel de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire. Cette opinion fut défendue par Simpson au Congrès de Rome en 1902, par Cioffi et Ascali au Congrès de Padoue en 1903. Maragliano, en 1907, revint sur ce sujet, et considéra comme une règle l'interruption de la grossesse. L'Ecole allemande adopta vite cette manière de voir et en exagéra la portée. En 1912, au Congrès de Rome, Bossi, Martin, se déclarèrent interventionnistes, P. Bar admit l'interruption, dans un certain nombre de cas rares et bien précis d'aggravation avant le 4^e mois de la grossesse. En 1912, Colombet, dans une thèse inspirée par Voron fit une enquête auprès des autorités scientifiques étrangères et françaises. Les maîtres italiens, américains, allemands, roumains, se déclarèrent partisans dans les conditions du Congrès de Rome. Seuls, les Anglais, les Hollandais, se rangèrent aux côtés des non-interventionnistes français, dont Pinard a été le protagoniste intransi-

geant, suivi par M. Couvelaire qui confirme par une observation attentive cette doctrine.

Quand on entre, en effet, dans la voie de l'avortement en matière de tuberculose, on ne sait plus où s'arrêter.

Dans les travaux allemands, on voit des femmes redevenir enceintes malgré toutes les recommandations qui leur sont faites au sortir de l'hôpital. Après avoir pratiqué l'avortement, une, deux, trois fois chez la même malade, on en vient à pratiquer, soit la stérilisation tubaire comme complément de l'avortement, soit l'hystérectomie, avec conservation ou ablation des annexes.

D'une façon générale, la plus grande généralité des auteurs français restent abstentionnistes. M. Pinard a été, dans tous les Congrès, le défenseur de la formule suivante: « Soigner la tuberculose par tous les moyens possibles, afin de prolonger la vie de la femme et l'évolution de la gestation, doctrine qu'il affirme vouloir défendre non seulement en France, comme pourrait le faire croire aux auteurs étrangers la faible natalité de notre pays, mais en tous pays, considérant qu'en agissant autrement on abandonne le rôle du médecin, dont la belle et unique mission est de tout faire pour conserver la vie ».

Plusieurs phthisiologues sont venus, dans leurs récents travaux, appuyer cette formule.

Léon Bernard pense qu'il est imprudent de poser des règles, et encore moins des lois relatives à l'intervention au cours de la grossesse : « J'ai des raisons de croire, dit-il, que la question du diagnostic n'a pas toujours retenu l'attention des médecins ou des accoucheurs qui ont eu à s'en occuper. Il ne convient pas de jeter je ne sais quel anathème sur les accoucheurs qui, de bonne foi, se croiraient en devoir d'intervenir chez une femme enceinte. Il convient seulement d'éclairer cette bonne foi et je suis

convaincu que cette tâche aura pour effet de diminuer le nombre des interventions ».

M. Rist est encore plus formel quand il écrit : « Il est singulier qu'il y ait à ce sujet si peu de statistiques. Les partisans les plus convaincus de l'opportunité et de la légitimité de l'intervention abortive en cas de tuberculose, n'apportent à l'appui de leur doctrine aucune statistique, ou des statistiques portant sur un si petit nombre de cas, qu'il est véritablement difficile d'en tenir compte. Le jour où l'on me montrera que les tuberculoses avérées ont, dans une proportion appréciable, cessé d'évoluer ou évoluent vers la guérison après interruption de la gravidité, je n'hésiterai pas à conseiller l'intervention. Mais la preuve n'a été apportée que l'interruption de la gestation ait augmenté les chances de survie des tuberculoses gravides. Il faut donc laisser la grossesse suivre son cours et soigner la tuberculose ».

MM. Dumarest et Brette s'élèvent aussi contre la pratique de l'avortement dans la tuberculose, accompagnée de grossesse : « Il y a une chose que nous n'admettons pas, c'est l'avortement. En effet, ou bien le cas est favorable : une malade, au début d'une grossesse, paraît la bien supporter, et alors il est évident que l'interruption artificielle, qui est généralement, de l'avis de tous les accoucheurs, un désastre pour la mère, offre plus de risques que d'avantages, ou bien l'évolution est sévère, et dans ce cas l'avortement, qui tuera l'enfant, ne sauvera pas la mère ; si l'intervention ne fait pas immédiatement deux victimes, la mère ne survivra guère à l'enfant. Les chances de survie de la mère seraient-elles moins problématiques, qu'elles n'autoriseraient pas un avortement ».

Quelques accoucheurs et médecins français, sans préconiser d'une façon absolue cette règle de conduite, sont

quand même partisans de l'intervention dans certains cas bien précis.

Les accoucheurs lyonnais Voron et son élève Colombet ont conclu dès 1919 : La thérapeutique abortive nous paraît salulaire dans certains cas de tuberculose pulmonaire; elle doit être connue et discutée. M. Bar en était partisan en 1912, au Congrès de Rome; il a confirmé ses conclusions dans sa leçon de Madrid: « Comme tous, je préfère l'avortement pour les femmes jeunes chez qui les lésions sont assez peu avancées, pour qu'on puisse espérer une guérison complète et la possibilité de courir le risque d'une nouvelle grossesse ». M. Brindeau y a recours et déclare s'en bien trouver; leurs élèves Jeannin et Metzger l'ont utilisée dans quelques cas. M. Bouffe de Saint-Blaise en est partisan dans quelques cas rares : « pour ma part, je suis intervenu quelques fois et j'ai dans la mémoire quelques cas où je suis décidé de faire de même le cas échéant ». L'auteur rapporte l'exemple d'une femme qui, à la 3^e grossesse, 14 jours après l'accouchement, fit une pleurésie; tout parut rentrer dans l'ordre; en 1911, nouvelle grossesse, grippe à 4 mois, amaigrissement, guérison lente, expectoration bacillifère. 10 jours après l'accouchement, nouvelle pleurésie, durée 3 mois, guérison. Dans ce cas, s'il survenait une nouvelle grossesse, « je n'hésiterais pas à la supprimer dès le début ».

M. Delmas a formulé des conclusions semblables. « Il est criminel d'interrompre la grossesse pour des lésions scléreuses éteintes. Dans les formes casécuses évolutives, l'interruption est inutile. Dans les cas rares, pour ne pas dire exceptionnels où, dès le début de la grossesse, il y a aggravation nette des lésions pulmonaires avec retentissement sur l'état général, tandis que traduisant la défense pied à pied de l'économie, l'intradermo-réaction demeure

positive, alors seulement l'interruption donne d'heureux résultats. L'avortement est un procédé d'exception : la règle doit consister à soigner la tuberculose et à surveiller la grossesse ».

M. Brindeau, dans son article: Indications et procédés opératoires de l'interruption de la grossesse chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire, écrit: « Le sujet que j'ai choisi est délicat, il peut froisser les idées religieuses, le législateur; il peut également servir d'excuse pour un médecin peu consciencieux, et devenir une cause d'abus, mais je considère qu'il est beaucoup plus dangereux de ne pas attaquer franchement le sujet. Le rôle du médecin digne de ce nom est assez beau pour que celui-ci puisse, dans certains cas, très rares il est vrai, envisager et discuter l'indication de l'avortement provoqué lorsque la femme est en danger du fait de sa grossesse. Je dirai, dès maintenant, que les indications de l'interruption de la grossesse sont essentiellement variables suivant chaque affection. Au jour où la tuberculose pourra guérir dans tous les cas, l'indication pour tuberculose disparaîtra ».

O. Dauwe, aux débats de juillet et octobre 1937, de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, dans sa communication « de la conservation de la grossesse chez la femme tuberculeuse », déclare: « Les interventionnistes dans la tuberculose des femmes enceintes, n'ont fait que nous fournir des arguments supplémentaires à l'appui d'un principe obstétrical que je considère comme certain, à savoir: en matière de procréation, quand on intervient pour détruire ce que construit la nature, on s'expose à de graves mécomptes et à des complications qui peuvent être mortelles ».

On ne peut donc, de quelques cas heureux publiés, don-

ner l'avortement thérapeutique comme un moyen de traitement de la tuberculose compliquée de grossesse. D'ailleurs les faits qu'avec un pneumothorax artificiel, en sauvegardant la vie de l'enfant, des femmes aient pu mener à bien leur grossesse sans voir aggraver leur tuberculose, doit augmenter encore la réserve bien naturelle de tout médecin en pareil cas.

CHAPITRE II

D'où nécessité de traiter la tuberculose chez la femme enceinte

Le traitement est avant tout d'ordre médical, et si l'on arrive à guérir la tuberculose pulmonaire, même dans ses formes évolutives, l'avortement thérapeutique ne sera jamais plus indiqué. La preuve en est que, depuis quelques années, avec le progrès des traitements par collapsothérapie, accompagnée ou non de séjour sanatorial, l'interruption de la grossesse devient de plus en plus rare, de mieux en mieux réglée dans ses indications.

Nous insisterons surtout sur la collapsothérapie, dont les règles ont été bien établies par les phthisiologues modernes, en particulier par les médecins de l'Ecole française.

1. PNEUMOTHORAX

Il est certain que, parmi les procédés que nous possédons, il faut citer tout d'abord le pneumothorax. Léon Bernard, Sergent, Rist, ont montré combien, lorsque la chose était possible, un pneumo bien surveillé pouvait améliorer, et souvent enrayer, une tuberculose en évolution. Ils ont recueilli 132 cas de tuberculeuses enceintes :

parmi celles-ci, 58 avaient été traitées par collapsothérapie antérieurement à leur grossesse, et 74 traitées primitivement pendant la grossesse. Dans la première catégorie des cas, la grossesse a été en général bien supportée, et d'autant mieux tolérée que le pneumothorax a le mieux agi. Dans la seconde catégorie, les résultats ont été moins bons, et d'autant meilleurs que le traitement a été institué plus tôt. Ces faits se passent de commentaires et montrent que le pneumothorax doit être établi ou continué pendant la grossesse, et, autant que possible, dès son début.

Sergent a montré, dans un autre ordre d'idées, que la collapsothérapie devrait être appliquée, à nouveau, dès le premier jour du post-partum, pour éviter les phénomènes mécaniques de décompression dus à l'évacuation brusque du contenu utérin.

Bosc apporte le cas suivant : Deux jeunes filles, travaillant en atelier, font une tuberculose à forme aiguë, fébrile, excavant rapidement un lobe supérieur pulmonaire. Le pneumothorax artificiel arrête net l'évolution des lésions tuberculeuses et permet, au bout de quelques mois seulement de repos, la reprise du travail.

Le mariage fut autorisé parce que contracté, dans l'un et l'autre cas, avec un mari pouvant gagner seul la vie du ménage; il apportait plutôt une amélioration de bien-être social et la possibilité d'un plus grand repos. Une gestation survient dans les deux cas, bien supportée et terminée par la naissance d'un bel enfant vigoureux. Ces deux enfants sont nourris au sein. Les femmes continuent à recevoir leurs insufflations à des dates espacées (toutes les 5 à 6 semaines environ), étant dans leur 5^e année de traitement. Elles ne toussent plus, ne crachent pas, et mènent une vie normale et ménagère; l'une d'elles est de nouveau enceinte de 4 mois actuellement.

Gendron et Moissard rapportent cette autre observation : Une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire unilatérale très améliorée par le pneumothorax artificiel. La malade se marie, devient enceinte et fait, au cours de sa gestation, un ensemencement du poumon opposé.

Malgré cela, elle mène à bien sa gestation et accouche, aidée par une extraction au forceps, d'un enfant parfaitement constitué. Suites de couches normales.

Souvent on voit une amélioration des lésions pulmonaires tuberculeuses au moment de la gestation, et une aggravation nette après l'accouchement, ce qui peut s'expliquer par la décompression rapide des poumons ; on peut éviter cette décompression en pratiquant le pneumothorax artificiel qui semble donner de bons résultats, mais qui ne peut être pratiqué toujours pour des motifs fortuits. Raimondi, Gonzalès et de La Colina conseillent de pratiquer la compression du thorax à l'aide d'une bande large de 15 à 18 cm., qu'on serre progressivement de suite après l'accouchement à la partie inférieure du thorax. La compression est soutenue jour et nuit : de la sorte, la respiration se trouve modifiée sans dommage pour la patiente. Toutes les malades observées chez lesquelles la lésion tuberculeuse s'était améliorée avec la gestation furent traitées avec succès par la compression thoracique post-partum. Dans le cas où la tuberculose s'aggrave au cours de la gestation et où le pneumothorax artificiel est impossible, la compression thoracique reste sans résultat.

Des 80 malades que les auteurs ont traitées par la compression thoracique après l'accouchement, 65 ont tiré profit de cette méthode. Les 15 autres étaient dans un état grave et avec des complications laryngées : la compression thoracique ne put empêcher l'aggravation de la lésion pulmonaire, les suites de couches furent fébriles, le décès survint peu de jours après.

Kuss apporte également des observations cliniques qui lui permettent de conclure que le pneumothorax artificiel total permet parfaitement le développement normal de la grossesse et l'accouchement normal.

De nombreuses statistiques ont montré les résultats heureux obtenus par le pneumothorax pendant la gestation. Aussi les indications de la méthode de Forlanini paraissent-elles devoir être un peu plus élargies qu'habituellement. Une lésion récente peu étendue et légèrement évolutive, pour laquelle, en d'autres circonstances, l'expectative aurait été de règle, sera soumise avec avantage à la collapsothérapie.

L'efficacité du pneumothorax sur les lésions apparues pendant la grossesse fait prévoir que les malades porteurs depuis un certain temps de pneumothorax efficace, peuvent mener, sans grave inconvénient, une gestation intercurrente. C'est ce que montrent bien de nombreuses observations du sanatorium Mangini, à Hauteville. Dans certains de ces cas, une lésion contro-latérale a amené à pratiquer un pneumothorax double : les résultats n'ont pas été mauvais quand il a été conduit avec prudence.

Quant aux autres méthodes de collapsothérapie, leurs indications sont rares. Les médecins savent que le pneumo n'arrive pas toujours à immobiliser le poumon et que l'on doit parfois le remplacer par la phrénicectomie ou même la thoracoplastie. Il ne semble pas que la grossesse contre-indique ces procédés de collapsothérapie.

2. THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE. SELS D'OR

Le traitement aurique garde en cas de grossesse ses indications générales. Les observations de Léon Bernard,

de M. Dumarest, ont montré qu'il n'avait pas alors de danger particulier.

Dans un travail publié en 1929, Léon Bernard et Ch. Mayer rapportent l'histoire d'une tuberculeuse apyrétique et non évolutive, enceinte de 7 mois, qui, traitée à partir de ce moment par le thiosulfate d'or et de sodium, ne fit pas de poussée évolutive après l'accouchement.

Depuis lors, les recherches continues permettent d'apporter aujourd'hui des résultats assez concluants.

Léon Bernard, Ch. Mayer et Sakallaropoulos apportent 21 observations de tuberculeuses enceintes ayant été traitées par la chrysothérapie au cours de leur gestation ; ils relèvent 15 résultats excellents, mais sur les 6 autres cas, on ne peut vraiment compter que deux échecs réels, ainsi qu'en témoigne l'analyse des observations.

Dans 4 cas de tuberculose ulcéro-fibreuse et dans 3 cas de tuberculose fibreuse inévolutive, traités par la crisalbine, ils ne relèvent, ni au cours de la grossesse, ni dans les suites de l'accouchement, la moindre aggravation de la tuberculose.

Plus intéressantes à étudier de près sont leurs observations de tuberculose ulcéro-caséuse : dans cette catégorie, ils mentionnent 8 résultats satisfaisants sur 14 cas. Les 14 cas appartiennent à des jeunes femmes présentant des types variés de la tuberculose caséuse commune, mais pour 5 d'entre elles il s'agissait de formes particulièrement graves où la poussée évolutive avait été occasionnée par la grossesse : chez celles-ci, le traitement, commencé le 4^e mois, amène l'arrêt de la poussée de la grossesse ; l'accouchement se passa sans incident et ne fut suivi d'aucune reprise de la maladie ; au contraire, l'état général excellent se maintint, la disparition de la toux et de l'expectoration, dépouillée de ses bacilles, persista, et on put constater la régression des signes physiques,

stéthacoustiques et radiologiques. Les deux autres ne furent pas suivis d'un résultat aussi heureux : la première ayant suivi un traitement insuffisant, il s'agissait pour l'autre d'une seconde gestation, la première ayant été, un an auparavant, l'occasion de la première poussée de tuberculose.

Chez les autres malades, appartenant à la forme ulcéro-caséuse, ils ont observé, en général, dès les premiers temps du traitement, l'amélioration des symptômes : chute progressive de la température jusqu'à l'apyrexie, ou, suivant les cas, régularisation de l'instabilité thermique ; en même temps, retour de l'embonpoint, des forces, de l'appétit ; disparition des sueurs, de la toux, de l'expectoration ; les bacilles de Koch disparaissent de celle-ci inconstamment. Les résultats obtenus ordinairement après 1 ou 2 mois de traitement sont durables et progressifs : l'accouchement, dont on sait combien, chez ces malades, il constitue une échéance dangereuse, plus même que la grossesse, ne les ébranle nullement ; et pour peu que l'on continue le traitement on remarque, outre la persistance de l'arrêt évolutif, une régression des lésions qui se manifeste par la modification des signes stéthacoustiques (assèchement et diminution des bruits adventices, réduction de leur territoire) et des signes radiologiques (transformation et résolution des images).

Mode et durée d'application du traitement

Ces auteurs emploient la crisalbine en injections intra-veineuses hebdomadaires. Ils commencent par 0 gr. 05, pour monter très rapidement à 0 gr. 10, puis à 0 gr. 25 par injection et ne dépassent pas cette dose. Il arrive quelquefois qu'une intolérance particulière force au con-

traire à la baisser. Avec cette posologie prudente, ils n'ont pas à déplorer de phénomènes d'intoxication. Ils n'ont eu à mettre, au compte du sel d'or, ni accouchement prématuré, ni aucune manifestation pathologique chez le nouveau-né. Il convient de mettre en œuvre le traitement aussitôt que possible. Ils conseillent de reprendre le traitement peu après l'accouchement. C'est le moyen le plus fidèle de maintenir, consolider et parachever les résultats obtenus dès la grossesse. En un mot, ils affirment que la chrysothérapie apporte une arme utile dans la prévention des aggravations de la tuberculose liées à la grossesse et à l'accouchement.

3.° LA PHRENICECTOMIE

Un sujet chez lequel l'insuflation pleurale a été irréalisable du fait d'adhérences pleurales à peu près totales, consécutives à une ancienne pleurésie, pourra être soumis à une intervention sur le phrénique, intervention indiquée pour agir sur les lésions en activité évolutive.

« La phrénicectomie ne vit, pour certains, que des contre-indications de la thoracoplastie ». Les excavations récentes, avec processus fibreux de voisinage, sont justiciables de la phrénicectomie comme complément du pneumothorax, et souvent quand les lésions siègent à la base pulmonaire.

On l'a préconisée aussi comme premier temps d'une thoracoplastie, dans le but d'éviter un ensemenement bacillaire de la base pulmonaire saine. C'est une opinion dont on est actuellement revenu : les ensemenements des bases sont rares et ne se produisent que dans les lésions particulièrement sécrétantes. Dans ce cas, il vaut

mieux agir plus énergiquement. Bérard, de Lyon, a écrit : « Le petit avantage de la phrénicectomie est acheté trop cher par la suppression fonctionnelle de la base du poumon ».

Mme Simone Kourilsky, dans sa thèse : « La Tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte » (travail de la Clinique Tarnier) ne rapporte l'observation que d'une seule femme enceinte porteuse de phrénicectomie, et n'a fait pratiquer cette opération qu'une seule fois.

4° LA THORACOPLASTIE

Si la phrénicectomie peut donner des succès, par contre la thoracoplastie, même partielle, reste encore une intervention choquante et ne devra être pratiquée qu'exceptionnellement chez la femme enceinte.

Si nous pouvons dire à présent avec certitude qu'avec l'application du pneumothorax artificiel, la grossesse et l'accouchement n'ont point de mauvaises influences sur l'évolution du processus tuberculeux, il n'existe pas encore dans la littérature de matériel suffisant pour pouvoir juger la stabilité pendant la grossesse, et après l'accouchement, de l'organisme de la femme ayant supporté l'opération de la thoracoplastie.

On avait recours à cette opération jusqu'au dernier temps dans le cas de tuberculose grave, quoiqu'en somme elle aurait dû devenir ordinaire même dans les cas pas très avancés, là où est indiqué, mais ne peut être pour certaines raisons appliqué, le pneumothorax artificiel.

D'après Sauerbruch, l'unilatéralité du processus constitue l'indication essentielle à cette opération.

Sayé fut le premier qui décrivit la grossesse et l'accouchement après la thoracoplastie.

Landau communique deux cas à la Société Médicale de Magdebourg: deux cas d'accouchement après l'opération de la thoracoplastie.

H. J. Boquist, J. H. Simons et J. A. Myers citent un cas d'accouchement après l'opération de thoracoplastie. L'évolution normale de la grossesse n'est qu'au dernier mois que la malade avait une certaine dyspnée.

Un cas d'accouchement après l'opération de thoracoplastie est décrit dans la monographie de Brauning: « La malade souffre d'une forme grave de tuberculose (caverneuse). Dans le poumon droit sur toute son étendue, trois cavernes (à la fin de 1928). Au mois de février 1929: thoracoplastie. Les bacilles de Koch disparaissent. En décembre 1931, accouchement normal. Au mois de mars 1932, la radiographie ne révèle aucune trace de tuberculose active. Au mois de septembre 1932, un avortement artificiel (non indiqué par les médecins). Sur la radiographie aucun symptôme de tuberculose active dans les poumons ».

C'est un cas très intéressant, où, après l'opération de thoracoplastie, malgré l'accouchement et l'avortement, il ne se passa dans le poumon aucun changement 3 ans et demi après.

Mentionnons que la stabilité de chaque cas de thoracoplastie dépend de toute une série de causes existant en dehors des rapports avec la maternité: stabilité biologique générale de l'organisme, conditions matérielles, conditions du domicile de la malade; caractères du processus: état du poumon opposé avant l'opération et efficacité de l'opération produite, pronostic de chaque cas à part en dehors de ses rapports avec la maternité.

Ce n'est qu'en étudiant chaque cas isolé qu'on peut apprécier d'une façon juste l'influence de la grossesse et

de l'accouchement sur la stabilité de la guérison clinique des malades.

A. I. Blisnjanskaja et A. I. Lasarewitch concluent sur un cas: « Une forme ouverte grave de tuberculose avec caverne ne cédant pas au traitement par le pneumothorax artificiel, car le gaz ne pénétra pas à cause des adhérences. Malgré l'existence de petits foyers disséminés sur le côté opposé, l'opération de thoracoplastie donne une guérison stable pendant 10 ans; la grossesse et l'accouchement n'ont pas troublé l'état de compensation stable aux poumons. Nous avons une mère heureuse et une excellente fillette bien portante. Il faut dire que notre malade vit dans de bonnes conditions matérielles. Cette dernière circonstance a joué un grand rôle dans l'équilibre immuno-biologique de l'organisme ».

Autre cas: « Processus tuberculeux grave avant l'opération de thoracoplastie, avec des exacerbations fréquentes, des hémoptysies graves, avec cavernes ouvertes, bacilles persistants et fibres élastiques. Pneumothorax artificiel sans succès, compliqué par une pleurésie exsudative. Phrénico-exérèse inefficace. Après la thoracoplastie, compensation du processus durable pendant 4 ans; deux ans et 3 mois après la thoracoplastie, accouchement, et presque deux ans après, nouvelle exacerbation, réapparition de bacilles à la suite d'un travail fatigant, des conditions matérielles pénibles qui influèrent sans aucun doute les troubles de l'équilibre immuno-biologique de l'organisme ».

Autre cas: « Infection massive dans les antécédents de la malade. L'opération de thoracoplastie gauche est produite après un pneumothorax artificiel échoué et une phrénico-exérèse. Deux ans après la découverte d'une caverne à cause du manque de tendance à la compensation du processus, vomissements pendant toute la durée de la

première grossesse qui jouèrent le rôle du moment affaiblissant après l'opération. 7 mois après le premier accouchement — une exacerbation — infiltration dans le poumon droit qui ne cède pas au pneumothorax artificiel; le processus s'apaise ensuite, mais non compensé, donne dans le premier mois de la deuxième grossesse des bacilles de Koch et une légère hémoptysie. Accouchement sans complications et réapparition des bacilles avec hémoptysie 9 mois après l'accouchement; tout ceci prouve que les exacerbations ne sont pas en rapport avec la grossesse et les accouchements, mais présentent le résultat des conditions matérielles pénibles dans lesquelles se trouvait la malade ».

Autre cas: « Tuberculose polycaverneuse du poumon gauche depuis 1928. Pneumothorax artificiel et massage vibratoire sans grand effet. 4 ans après le début de la maladie, opération de thoracoplastie supérieure qui donna une guérison clinique stable durant 3 ans et demi. Pendant ce temps la malade eut un accouchement et un avortement artificiel, sans complications du côté des poumons. Un an et demi après l'accouchement, la mère et l'enfant sont tout à fait bien portants. Il faut marquer que dans ce cas nous avons des conditions matérielles excellentes qui aidèrent à conserver l'équilibre immuno-biologique de la malade ».

CONCLUSIONS

1) Si l'opération de thoracoplastie est produite selon les indications sévères et directes et si elle s'est montrée effective en donnant une compensation stable du processus tuberculeux, la grossesse et l'accouchement se sup-

portent bien et peuvent être permis, si les conditions matérielles sont bonnes.

2) Si, par contre, après l'opération de thoracoplastie, persistent des phénomènes de subcompensation du processus tuberculeux, et encore plus de décompensation, la grossesse doit être interrompue.

3) Le processus de l'accouchement après la thoracoplastie doit être, autant que possible, opératif, pour éviter les efforts de l'expulsion.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

RECUEILLIES AUPRÈS DES :

Sanatorium départemental de la Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret).

Sanatorium de Seyssuel, par Vienne (Isère).

Sanatorium féminin des P. T. T. de Montfaucon (Lot).

Sanatorium départemental des Petites-Roches, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Sanatorium d'Helfaut (Pas-de-Calais).

PNEUMOTHORAX

OBSERVATION PREMIERE

Madame P..., âgée de 30 ans, entre au sanatorium le 7 octobre 1937.

A 8 enfants; 6 sont bien portants; les deux autres sont décédés, l'un à la naissance, l'autre à l'âge de 4 mois.

Diagnostic d'entrée: tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale; présence de nombreux bacilles dans l'expectoration.

Retard de règles de 2 mois.

Au sanatorium, un pneumothorax artificiel droit est créé sans incident le 16 octobre 1937. Bacillaire par intermittence.

Le 8 juin 1938, accouchement normal d'une fille pesant 3 kilos 590, à l'hôpital d'Orléans.

Nouveau séjour au sanatorium. Nouveau retard des règles depuis le mois d'août.

A l'heure actuelle, le pneumothorax est relativement efficace. Il n'y a pas de brides visibles. Pas de signes à gauche, mais, de nouveau, la malade est bacillaire.

Les grossesses successives ne paraissent pas avoir aggravé l'état pulmonaire, qui est resté stationnaire.

OBSERVATION 2

Madame G..., âgée de 23 ans, entre au sanatorium le 12 novembre 1935.

Diagnostic d'entrée: tuberculose commune fibro-caséuse du lobe supérieur gauche. Quelques taches à droite, région moyenne. L'expectoration ne contient pas de bacilles.

Grossesse de 5 mois environ.

Pneumothorax gauche créé le 25 novembre 1935.

Quitte le sanatorium le 3 mars 1936, pour son accouchement. Est améliorée. L'expectoration ne contient pas de bacilles.

La grossesse n'a pas aggravé son état pulmonaire.

OBSERVATION 3

Madame B..., 23 ans. Entrée au sanatorium le 29 novembre 1935.

A un garçon de 2 ans.

Entre avec un pneumothorax artificiel gauche, efficace; créé le 29 août 1935 à l'hôpital de Troyes. Pas de bacilles dans l'expectoration.

Grossesse de 3 mois environ.

Son pneumothorax est entretenu régulièrement; la malade n'a jamais été bacillaire pendant son séjour. Elle quitte le sanatorium le 2 mai 1936. Son état est bon. Son pneumothorax est toujours efficace. La grossesse est normale, de 8 mois environ, et ne paraît pas avoir aggravé l'état pulmonaire. Pas de bacilles dans l'expectoration.

OBSERVATION 4

Madame D..., tuberculose pulmonaire chronique dantant de 1927.

Une cavité à gauche. Pneumothorax gauche en 1928. En 1929 on bilatéralise le pneumothorax pour de petites lésions discrètes à droite. En 1931, abandon du pneumothorax droit.

La malade se marie, mène une vie fatigante et devient enceinte. Aussitôt évolution à droite. Reprise du pneumothorax droit qui décolle parfaitement.

La grossesse est parfaitement supportée et menée à son terme.

Santé parfaite jusqu'en 1937. Rechute. La malade refuse cette fois de se soigner et de se séparer de son enfant.

OBSERVATION 5

Madame C..., 26 ans, entrée au sanatorium le 30 mai 1938.

Tuberculose intercléido-hilaire gauche.

Grossesse datant du 20 mai environ.

Création d'un pneumothorax gauche le 3 juin 1938.

En août, une volumineuse cavité apparaît, une section de brides est pratiquée le 9 septembre 1938. L'aspect du pneumothorax devient excellent. La cavité disparaît.

On retrouve encore des bacilles.

A la fin d'octobre, la malade, retenue jusque là à grand peine, qui se sent bien, et a pris 8 kilos pendant les 5 mois de son séjour, quitte le sanatorium.

Le pronostic, qui semblait bon au sanatorium, doit être réservé, étant donné l'inintelligence de la malade (décidée à se soigner plus tard...).

OBSERVATION 6

Madame M..., 18 ans. Entrée au sanatorium le 21 mai 1935 pour tuberculose ulcéro-caséuse excavée du sommet gauche. Expectoration positive.

Pneumothorax gauche créé le 1^{er} juillet 1935. Efficace depuis septembre 1935.

La malade sort du sanatorium le 4 août 1936, pour y rentrer à nouveau le 24 mai 1937.

Elle se marie en octobre 1937, sans quitter le sanatorium. Mais en décembre 1937 un début de grossesse est constaté. En même temps, la base droite est l'objet d'une infiltration diffuse, non homogène, qui nous fait hésiter sur la conduite à tenir: pneumothorax double ou abstention?

Nous inoculons un cobaye le 14 janvier 1938, sacrifié le 10 mars 1938, ne présentant aucune lésion d'origine tuberculeuse.

Accouchement à terme, le 20 mai 1938, d'un enfant du poids de 8 livres.

Nettoyage radiologique de la base droite sur un film du 15 septembre 1938, sans qu'il ait été besoin de recourir au pneumothorax double.

Poids à l'entrée, 48 kilos 900. Poids actuel, 48 kilos. Expectoration négative. Auscultation négative.

Réadaptation au travail bien supportée.

Thérapeutique: cure de repos, entretien du pneumothorax, séries d'huile camphrée et de cacodylate.

Conclusions: effet favorable de la grossesse sur la tuberculose.

OBSERVATION 7

Madame C..., 24 ans, entrée au sanatorium le 7 août 1936, pour tuberculose ulcéro-caséense gauche, traitée par un pneumothorax gauche créé le 12 mai 1936 à Enghien (S.-et-O.).

Dernières règles du 3 mars 1936. Grossesse présumée de 5 mois.

Sur le film d'entrée: à gauche, bonne image de pneumothorax grand partiel; 2 brides, l'une pariétale, l'autre apicale. A droite, semis miliaire discret avec grisaille de la base.

A l'auscultation quelques frottements, avec diminution du murmure à la base droite.

Expectorations toujours négatives.

Accouchement le 22 novembre 1936 d'un garçon pesant 2 kilos 800. Rétention d'un cotylédon aberrant nécessitant un curettage pratiqué le 26 novembre 1936. Suites normales.

Sur un film tiré 5 semaines après l'accouchement: grisaille plus accentuée de la base droite. Matité à ce niveau, avec frottements plus accentués (pleurite de la base droite).

Poids à l'entrée: 54 kilos 700.

Poids avant l'accouchement: 63 kilos 700.

Poids après l'accouchement: 55 kilos 400.

Poids actuel: 61 kilos 800.

Bon état général, jamais de bacilles dans les expectorations.

Persistance actuelle de quelques frottements discrets à la base droite, mais nettoyage progressif de la grisaille de cette base. Tendance calcifiante des nodules miliaires.

Conclusion: effet favorable de la grossesse sur une pleurite consécutive à un pneumothorax efficace.

Traitement: cure et entretien du pneumothorax; huile camphrée; gluconate de calcium à 5 cc deux fois par semaine pendant 6 mois.

OBSERVATION 8

Madame D..., 23 ans, entrée au sanatorium le 5 mai 1936, porteuse d'un pneumothorax droit créé à Toulouse le 15 février 1936 pour tuberculose caverneuse. Pneumothorax efficace malgré 2 brides apicales. Léger semis micro-nodulaire para-hilaire gauche.

La malade sort le 15 mars 1937, en état de grossesse présumée de 2 mois et demi. Accouchement à terme, en juin 1937, d'un enfant de 3 kilos 700.

Elle revient au sanatorium de Montfaucon, en octobre 1938, ayant perdu 3 kilos. Température vespérale: 37°5. Expectorations négatives. Image pulmonaire inchangée. Auscultation sensiblement normale.

Conclusion. — Aucune influence nocive de la grossesse sur la tuberculose.

Traitement. — Cure de repos. Entretien du pneumothorax. Toniques banaux (huile camphrée et cacodylate).

OBSERVATION 9

Mademoiselle R..., 18 ans, entrée au sanatorium le 13 octobre 1932, pour infiltration ulcéro-caséuse du lobe supérieur droit, traité par pneumothorax droit le 17 octobre 1932.

Expectorations positives par intermittence.

Envoyée à l'hôpital de Cahors le 9 mai 1934 pour être plâtrée (mal de Pott dorsal), revenue à Montfaucon le 17 mai 1934 pour impossibilité de plâtrage, le pneumothorax thérapeutique droit devant être continué.

Quitte le sanatorium le 2 novembre 1934, dirigée sur le sanatorium de La Pignada (Gironde). Pas de bacilles dans l'expectoration. Température vespérale: 38°. Etat général: médiocre.

Poids à l'entrée: 47 kilos.

Poids à la sortie: 44 kilos 500 avec maximum de 52 kilos 200, le 9 février 1933.

Revenue au sanatorium de Montfaucon le 28 octobre 1936. Poids à l'entrée: 46 kilos 600.

Envoyée à l'hôpital de Cahors où elle accouche, fin mai 1938.

Poids avant l'accouchement: 60 kilos 400.

Poids après l'accouchement: 52 kilos 700.

A son retour au sanatorium, la malade présente dans la région para-hilaire droite une image légèrement cerclée, d'apparence suspecte. Les expectorations demeurent et sont encore négatives.

Conclusion. — Accouchement paraissant avoir eu une petite répercussion pulmonaire, mais état général actuel assez bon. Poids actuel: 49 kilos 900.

Traitement. — Cure de repos. Entretien du pneumothorax. Gluconate de calcium. Crisalbine en novembre 1933 (arrêtée pour intolérance).

OBSERVATION 10

Madame M..., 18 ans, entrée au sanatorium le 14 juin 1938, pour tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit.

Bacilloscopie fortement positive.

Etat général: mauvais; maigreur accentuée; poids: 37 kilos 400.

Un pneumothorax thérapeutique droit est institué à Marseille, mais abandonné fin avril 1938, pour inefficacité.

Phrénicectomie droite, le 4 mai 1938.

Une tentative de pneumothorax extra-pleural médical au moment de son départ du sanatorium.

En janvier 1939, la malade a accouché d'un petit garçon, mort en février 1939 d'une méningite tuberculeuse.

Madame M... quitte le sanatorium le 20 mars 1939 dans un état aggravé. Nous avons appris officiellement son décès quelque temps après.

OBSERVATION 11

Madame M..., 25 ans.

Deux grossesses antérieures.

Entrée au sanatorium le 17 février 1937.

Début en octobre 1936, par des phénomènes thermiques à 39°. Arrêt des règles depuis janvier 1937.

Malade à l'état général médiocre. Température régulière. Poids: 50 kilos 300. Taille 1 m. 61. Présence de bacilles dans l'expectoration.

A l'entrée: à l'auscultation, signes humides au tiers supérieur gauche. Large infiltration peu dense, mais multi-ulcérée des deux tiers supérieurs du poumon gauche. Poumon droit: aspect valide.

Pneumothorax gauche créé le 11 mars 1937, efficace.

Disparition rapide des bacilles.

Sortie au huitième mois (27 juillet 1938), retourne à Marseille pour accoucher. Poids, 57 kilos 800.

Ne crache plus.

Nous conseillons à la malade de faire une cure, après l'accouchement, à nouveau aux Petites-Roches, mais elle n'a pas cette intention. Nous n'avons aucune nouvelle d'elle depuis.

OBSERVATION 12

Madame W..., 23 ans, entrée le 26 octobre 1937.

Antécédents: un enfant en bonne santé Dernières règles le 8 mai 1937.

Début: en juillet 1937, par un épisode évolutif, fébrile.

A l'entrée: tuberculose ulcéro-caséuse de la moitié inférieure du poumon gauche. Légère dissémination inter-cléido-hilaire droite.

Expectoration Gaffky III. Sédimentation: 36, 37, 38.

Création d'un pneumothorax gauche le 5 novembre 1937.

Collapsus assez bon, malgré une grosse et longue adhérence verticale.

Accouchement le 1^{er} mars 1938. Enfant bien portant.

Après l'accouchement, laryngite, réaction liquidienne, accentuation des lésions pulmonaires droites.

Le 27 mai 1938, section de l'adhérence. Le 27 septembre 1938, cautérisation laryngée.

Actuellement très améliorée. Expectoration négative (dont deux homogénéisations) depuis le 4 juillet 1938. La voix est presque normale. Reste en observation pour le côté droit.

OBSERVATION 13

Madame V..., 22 ans, entrée le 31 octobre 1933.

Début en août 1933, par faiblesse générale.

A l'entrée, tuberculose ulcéro-caséuse gauche.

Expectoration: Gaffky II.

Le 20 novembre 1933, création d'un pneumothorax gauche.

En avril 1934, réaction liquidienne importante, suivie d'amélioration progressive.

Sortie le 31 juillet 1936, en bon état:

Expectoration négative depuis octobre 1934.

Régression du liquide.

Augmentation de poids de 14 kilos.

Reste comme employée au sanatorium

Grossesse ultérieure très bien supportée. Accouchement le 13 mars 1938.

Le pneumothorax est toujours continué jusqu'en août 1938. Depuis lors, symphyse, mais bon état.

SELS D'OR

OBSERVATION 14

Madame B..., 30 ans, entre au sanatorium le 18 juin 1932.

A 3 garçons bien portants, l'un de 10 ans, l'autre de 6 ans et demi, l'autre de 3 ans; un quatrième est mort, à 14 mois, de méningite.

Diagnostic d'entrée: tuberculose ulcéro-caséuse de la totalité des deux poumons, de caractère évolutif marqué.

Présence de nombreux bacilles dans l'expectoration.

Grossesse de trois mois environ.

Traitement suivi: crisalbine (20 injections à 0,10); biocholine (22 injections); calcium Sandoz (6 injections à 5 cc.).

Le 19 décembre 1932, accouche normalement d'un enfant du sexe féminin, pesant 3 kilos.

Fait de nouveau un séjour au sanatorium, mais son état pulmonaire s'aggrave, les hémoptysies sont fréquentes et abondantes, et la température subfébrile.

Elle quitte le sanatorium le 19 avril 1933 pour aggravation, et est évacuée sur l'hôpital d'Orléans.

OBSERVATION 15

Madame R..., 26 ans, entre au sanatorium le 10 décembre 1934.

A cinq enfants bien portants.

Diagnostic d'entrée: tuberculose pleuro-pulmonaire du poumon gauche avec cavité au sommet. Présence de bacilles peu nombreux dans l'expectoration.

Dernières règles le 26 novembre 1934. Corps de l'utérus augmenté de volume et dépassant le pubis.

Traitement déjà suivi avant son entrée au sanatorium: Eucalyptine et crisalbine.

Création d'un pneumothorax artificiel gauche le 18 janvier 1935. Ce dernier, inefficace et très adhérent au sommet, est arrêté le 29 janvier 1935.

Traitement médicamenteux suivi ensuite: francalcion et allochrysine.

Accouchement en août 1935.

A la suite de cet accouchement, la malade revient au sanatorium avec les mêmes signes cavitaires du sommet et un état subfébrile, qui persistent jusqu'à la sortie.

Quitte le sanatorium, sur sa demande, le 22 décembre 1935.

Son état est stationnaire, et n'a pas été aggravé après son accouchement. L'expectoration contient de nombreux bacilles.

OBSERVATION 16

Madame S., 22 ans, entrée au sanatorium pour tuberculose ulcéro-caséeuse bilatérale excavée à la base droite. Expectorations positives. Trois tentatives infructueuses de pneumothorax droit en septembre 1935.

Alcoolisation du nerf phrénique droit le 18 avril 1937: diaphragme peu remonté et légèrement mobile; l'expectoration demeurant positive. Quatrième tentative de pneumothorax droit le 29 septembre 1937.

Grossesse de trois mois en février 1938. L'avortement thérapeutique est décidé chez cette malade, très fatiguée.

Température vespérale: 38°. Pouls: 100.

Consécutivement à l'avortement: légère perte de poids (de 52 kilos 500 à 49 kilos 700). Expectorations: quantité à peu près identique. Lésions ulcéreuses du poumon droit inchangées.

En juin 1938, et août, apparition d'expectorations négatives.

Est opérée d'appendicite le 2 août 1938. Après cette opération le poids de 49 kilos 700 passe à 53 kilos actuellement.

Amélioration de l'image pulmonaire, notamment diminution d'une spéléonque de 4 cm. de diamètre, sise à la partie moyenne du champ droit.

Poids actuel: 53 kilos.

Température vespérale: 37°4.

Expectorations positives par intermittence.

Conclusion. — Etat pulmonaire stationnaire après avortement thérapeutique; a paru s'améliorer après appendicectomie.

Traitement. — Cure de repos. Alcoolisation du nerf phrénique droit (18 avril 1937); toniques banaux, huile camphrée, cacodylate et 8 grammes de crisalbine (années 1934, 1935, 1936, 1937 et 1938). Arrêt de la crisalbine en mai 1938.

OBSERVATION 17

Mademoiselle M., entrée au sanatorium le 2 mars 1937, pour tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale, en voie de fonte sous la clavicule gauche.

Malgré cet aspect radiologique, les expectorations sont négatives à la recherche directe et à l'homogénéisation.

Le 16 mai 1937, accouchement à terme d'un enfant de 8 livres.

Poids avant l'accouchement: 58 kilos 600.

Poids après l'accouchement: 51 kilos 800.

Les expectorations deviennent positives en mars 1938.

Evolution progressive des lésions, surtout à gauche, avec perte de poids: 45 kilos 100 à sa sortie du sanatorium le 2 septembre 1938.

Conclusion. — La grossesse paraît avoir favorisé l'aggravation de l'état pulmonaire, ainsi que l'activité et l'évolution des lésions.

Traitement. — Crisalbine en décembre 1937: total

0 gr. 55. Allochrysine en janvier, février et mars 1938; total, 0 gr. 80.

OBSERVATION 18

Madame R..., 24 ans, entrée le 3 janvier 1939.

Antécédents: deux enfants en bonne santé.

Début: faiblesse générale et bronchite après un accouchement en novembre 1930. Premier séjour en sanatorium, en Corrèze, de septembre 1931, à mars 1932.

A l'entrée: tuberculose ulcéro-fibreuse bilatérale. Expectoration: Gaffky II. Sédimentation: 21, 25, 27.

Traitement. — Crisalbine, 3 séries, en tout: 15 gr.

Evolution. — Légère amélioration de l'état général et pulmonaire, mais nouvelle grossesse. Dernières règles le 15 octobre 1934. Interruption de la grossesse le 6 décembre 1934.

Nouvelle série de crisalbine. Progression des lésions. Décès le 23 février 1936, par insuffisance cardiaque.

OBSERVATION 19

Madame H..., 24 ans, entrée le 8 avril 1936. Première grossesse.

Début par un épisode évolutif, en 1932. Séjour dans

un sanatorium de Cambo, de mars 1932 à octobre 1935, pendant lequel elle fut traitée par des sels d'or (11 grammes de crisalbine).

Dernières règles le 13 septembre 1935.

A l'entrée: tuberculose fibreuse légère prédominante au sommet gauche. Atteinte également de rétrécissement mitral.

Expectoration Gaffky II. Sédimentation: 22, 30, 30.

Evolution de la grossesse: normale. Pas de signes évolutifs pulmonaires. Accouchement le 24 juin 1936. Enfant normal.

Traitement. — Une série de crisalbine (5 gr.) après l'accouchement. Départ le 5 janvier 1938. Pas de cure. Expectoration négative. Sédimentation: 2, 4, 8. Très bon état général et pulmonaire.

OBSERVATION 20

Madame D..., 24 ans, entrée le 10 avril 1934.

Antécédents: 1 frère et 1 sœur tuberculeux.

Début: en novembre 1933, par faiblesse générale, amaigrissement.

A l'entrée: tuberculose fibro-caséuse bilatérale, à prédominance droite paraissant peu évolutive.

Expectoration: Gaffky II.

Sédimentation: 28, 31, 33.

Enceinte: première grossesse.

Traitement: chrysothérapie.

Accouchement le 1^{er} janvier 1935.

Revient au sanatorium en juillet 1935 seulement.

13 août 1935: tentative infructueuse de pneumothorax droit.

Chrysothérapie, mais évolution rapide des lésions.

Complications intestinales. Diarrhée.

Evacuation le 5 février 1936. Décès peu de temps après.

AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE

OBSERVATION 21

Mademoiselle B..., antécédents familiaux et personnels: pas de tuberculose dans la famille. Cinq frères et deux sœurs bien portants. Aucune maladie grave dans son enfance. Père des enfants, bien portant. Agée de 36 ans.

A six enfants, âgés respectivement de 12, 11, 9, 6, 5 et 2 ans, très bien portants.

Maladie actuelle: le 25 avril 1936, a présenté un accouchement prématuré, peut-être occasionné par un placenta prævia? Cette grossesse date de 6 mois et demi, et s'est accompagnée de quelques pertes rouges.

Depuis décembre 1935, point de côté droit avec température à 38°, insidieusement.

En janvier 1936 seulement, la malade commence à tousser et cracher au cours de sa grossesse, sans perdre l'appétit ni maigrir.

Elle entre au sanatorium en février 1936, avec une infiltration homogène du sommet droit, tuberculeuse, s'accompagnant de quelques sous-crépitaux inconstants dans la fosse sus-épineuse. Sans B. K. Un seul examen de l'expectoration est positif en septembre 1936. Le 17 mars 1936, création d'un pneumothorax droit grand, incomplet; nombreuses adhérences au sommet; régulièrement entretenu. Deux poussées liquidiennes fébriles

rétrocèdent spontanément (une seule ponction évacuatrice).

En mai 1937, la malade rentre chez elle sur sa demande, mal stabilisée, ne crache que rarement, n'a pas de B. K.

En août 1937, on pratique, à Lyon, un avortement thérapeutique avec curettage, pour une grossesse de deux mois. La malade maigrit de 4 kilos, mais ne présente aucune modification pulmonaire; le pneumothorax droit est régulièrement insufflé.

Par prudence, elle revient faire un nouveau séjour au sanatorium de novembre 1937 à juillet 1938, au cours duquel elle ne présente aucun incident de santé. Le pneumothorax efficace, malgré le sommet droit bridé.

Une surveillance prolongée paraît indispensable cependant, à cause de son poids, un peu déficient: 55 kilos pour une taille de 1 m. 60.

En résumé: évolution de tuberculose pulmonaire arrêtée par un pneumothorax incomplet et non modifiée par deux grossesses interrompues prématurément, et grâce à la cure systématique en sanatorium d'altitude.

OBSERVATION 22

Madame B..., 22 ans, entrée au sanatorium le 18 janvier 1938 (employée dans un sanatorium de Berck).

Antécédents: un enfant de 4 ans, bien portant. Allaitement 18 mois. Dernières règles le 26 juin 1937.

Début: par un épisode évolutif fébrile, en novembre 1937.

A l'entrée: tuberculose ulcéro-caséuse gauche. Laryngite. Gaffky II. Sédimentation: 30, 33, 35.

Création d'un pneumothorax gauche le 24 janvier 1938.

Adhérence à l'union du tiers moyen droit supérieur, qui sous-tend une cavité, laquelle ne cesse d'augmenter de volume.

Le 22 février 1938: cautérisation laryngée.

Le 26 février 1938: accouchement prématuré (8^e mois), enfant vivant.

A son retour de la maternité, le 7 mars 1938, perforation pulmonaire, à la suite de laquelle il se forme du liquide purulent.

Plusieurs vomiques, malgré des ponctions répétées.

Pleurotomie et drainage le 12 mai 1938.

N'empêchent pas l'évolution rapide des lésions.

Décès le 9 juin 1938.

OBSERVATION 23

Madame M..., cavité apparue récemment dans un poumon depuis longtemps symphysé (malade ayant été *guérie* pendant de longues années).

A ce moment, un peu après la rechute, grossesse.

Avortement thérapeutique.

Puis disparition lente de la caverne et des bacilles dans l'expectoration (sans autre intervention).

OBSERVATION 24

Madame D...., tuberculose unilatérale droite (infiltration assez étendue), arrivée en 1927, fébrilé.

Pneumothorax droit efficace. Guérison clinique.

Une grossesse normale parfaitement supportée en 1930. L'enfant est mort des complications d'une otite.

Le pneumothorax s'est recollé.

En 1932, la malade, qui a repris depuis longtemps déjà une vie normale, refait une grossesse et, aussitôt se met à tousser.

Présence de bacilles. Dans l'impossibilité de reprendre le pneumothorax, on décide l'avortement qui est fait sans tarder.

Tout rentre dans l'ordre. Pas de rechute depuis lors.

En 1937, nouvel essai de grossesse: avortement accidentel.

CURE SANATORIALE

OBSERVATION 25

Mme T., 28 ans, entrée au Sanatorium le 6 novembre 1936 pour tuberculose fibro-caséeuse à prédominance gauche.

Etat général fort médiocre, dû probablement à la misère physiologique et à la sous-alimentation antérieure. Poids à l'entrée: 44 kgs 200. Bacilloscopie négative.

La malade accouche le 18 avril 1937, d'un enfant viable, à l'Hôpital de Cahors, et revient à Montfaucon le 28 mai 1937, dans un état satisfaisant.

La malade quitte le sanatorium le 12 novembre 1937, après un séjour d'un an.

Augmentation pondérale: 17 kg. 100.

Température vespérale: 37°6 (38° au moment des règles).

Bacilloscopie négative.

Etat général floride.

Etat pulmonaire: guérison clinique.

Thérapeutique: cures et calcithérapie.

Conclusion: la grossesse n'a eu aucune influence néfaste sur l'évolution heureuse de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION 26

Mme N..., 31 ans, Arménienne.

Trois grossesses antérieures.

Entrée au sanatorium le 31 octobre 1936.

Poids: 66 kg. 500, pour une taille de 1 m. 55.

Apyrétique. Pas de B. K. dans les crachats, à l'examen direct (3 expectorations matinales).

Suppression des règles depuis août 1936.

A l'entrée, tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale à prédominance gauche (octobre 1936). L'auscultation révèle des signes humides bilatéraux aux deux tiers supérieurs.

A la sortie, 20 mars 1937, part pour accoucher à Tarare.

Prise de poids: 6 kilogr. depuis l'entrée. Température normale. B. K. = 0. Radiographie pulmonaire, février 1937, stationnaire.

Deuxième séjour: Revient le 24 mars 1937. Accouchement normal, l'enfant va bien (en nourrice actuellement).

Amélioration nette des lésions infiltrantes du sommet droit. Il persiste toujours une cavité d'aspect frais au sommet gauche. L'accouchement n'a pas provoqué, toutefois, de nouvelle poussée.

Poids à l'entrée 67 kgs, 24 mars 1937, expectoration minime.

Poids à la sortie: 72 kgs 500, 12 mai 1938, expectoration minime.

On trouve, par intermittence, quelques bacilles.

Signes humides persistants au sommet gauche.

A la sortie, le sommet droit paraît stable. La cavité gauche est toujours visible et plus grosse. Le pneumothorax est refusé par la malade.

OBSERVATION 27

Mme S..., 23 ans, entrée le 9 novembre 1937.

Antécédents: Première cure à Helfaut, du 26 juillet 1932 au 14 avril 1933, pour tuberculose fibreuse des deux sommets. Sortie très améliorée. Reprise du travail. Revient enceinte, première grossesse; dernières règles le 14 mai 1937.

A l'entrée: Séquelles de tuberculose fibreuse, au tiers supérieur droit. Calcifications hilaires gauches.

Expectoration négative. Sédimentation: 18-23-27.

Traitement: cure simple.

Accouchement le 25 février 1938. Enfant normal. Suites de couches excellentes.

Quitte le sanatorium le 21 mai 1938. Expectoration négative. Sédimentation: 12-20-30. Augmentation de poids: 3 kg. 400 depuis l'accouchement. Bon état.

OBSERVATION 28

Mme M..., 26 ans, entrée le 9 mai 1933.

Antécédents: 1 enfant de 20 mois.

4 autres enfants décédés de broncho-pneumonie et méningite.

Mari tuberculeux.

Début: en avril 1932, par « bronchite ».

A l'entrée: il s'agit d'une tuberculose fibreuse gauche, peu active.

Grossesse au cinquième mois.

Expectoration négative. Sédimentation: 14-24-26.

Traitement: cure simple.

Bonne évolution de la grossesse.

Pas de signes évolutifs pulmonaires.

Sortie, pour l'accouchement, le 11 août 1933.

Evolution ultérieure inconnue, car la malade n'est pas revenue au sanatorium.

OBSERVATION 29

Mme R., 26 ans, entrée le 3 avril 1934.

Antécédents: 2 enfants, dont 1 décédé.

Début en janvier 1934, par épisode évolutif fébrile.

A l'entrée: enceinte de 5 mois. Il s'agit d'une tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale étendue.

Expectoration négative: Gaffky I.

Sédimentation: 26-35-37.

Traitement: cure simple.

Accouchement en juillet 1934.

Après l'accouchement, évolution rapide des lésions.

Complications intestinales.

Sortie le 8 septembre 1934, évacuée en très mauvais état.

PHRÉNICECTOMIE

OBSERVATION 30

Mme P..., 21 ans, entrée au sanatorium le 10 juillet 1931.

Diagnostic à l'entrée: tuberculose ulcéro-caséeuse de la totalité du poumon gauche, traitée par phrénicectomie avant l'entrée au sanatorium. Sclérose diffuse de la base droite en voie d'évolution. Présence de bacilles dans l'expectoration.

Grossesse de 7 mois.

Le 15 août 1931, est évacuée sur l'Hôpital d'Orléans, pour accouchement.

En septembre 1931, fait une poussée évolutive grave, consécutive à son accouchement; en voie de bilatéralisation. Pronostic très sérieux. A cette époque, le traitement par la crisalbine est arrêté pour aggravation.

THORACOPLASTIE

OBSERVATION 31

Mme T..., 32 ans, tuberculose pulmonaire-lobaire supérieure droite ancienne, largement excavée.

Un enfant de 9 ans; une fillette décédée en 1934 de méningite tuberculeuse.

Entrée à Seyssuel et pneumothorax droit créé en novembre 1935, inefficace, abandonné en août 1936. Bacilles de façon constante dans l'expectoration.

Thoracoplastie envisagée.

Va d'abord en permission du 20 au 25 janvier 1937, et revient enceinte.

Les bacilles fourmillent dans l'expectoration.

Avortement thérapeutique dans les premiers jours de mars 1937. Etat stationnaire.

Thoracoplastie le 19 mai 1937.

Résultat excellent. Disparition rapide des bacilles.

Sortie de Seyssuel le 18 avril 1938 en bon état. Depuis lors aurait cessé de faire des progrès, et les bacilles auraient réapparu.



CHAPITRE IV

Considérations

L'avortement thérapeutique étant exceptionnellement indiqué, c'est donc au traitement de la tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte qu'il faut s'appliquer.

1° Collapsothérapie

Rist a préconisé le pneumothorax artificiel chez les femmes enceintes tuberculeuses. C'est certainement le meilleur traitement que nous ayons actuellement. Mais, pour que la grossesse ne déclenche pas de poussée évolutive, il faut que le pneumothorax soit efficace, créé depuis plusieurs mois, de façon à ce que l'extension du processus tuberculeux soit arrêté quand survient la grossesse. Sinon, il n'est pas rare de constater au cours de la grossesse, et encore plus dans les suites de couches, une bilatéralisation des lésions ou une poussée évolutive au sein même du moignon collabé. Quand il persiste une expectoration bacillifère malgré le pneumothorax, quand la réaction de Vernes est encore élevée, que la température n'est pas bien stabilisée, surtout si la femme ne peut être mise dans les conditions

de cure sanatoriale, il faut craindre une reprise évolutive à l'occasion de la grossesse.

Mme Simone Kourilsky cite plusieurs observations de femmes qui mènent à bien leur grossesse avec un pneumothorax unilatéral et même bilatéral; elles ont accouché d'enfants bien portants et sont actuellement en excellent état. Elles ont supporté parfaitement la grossesse et l'accouchement; la seule précaution à prendre est de faire une insufflation le jour même ou le lendemain de l'accouchement.

Sels d'or

Nous ne rapportons ici que des résultats d'ensemble.

Dans une étude faite par MM. Ch. Mayer et V. Kapler, portant sur 49 cas, 47 seulement ont eu une cure aurique suffisante; voici quelles sont les statistiques.

a) Formes ulcéro-caséuses : 10 cas

Résultats immédiats (moins d'un an après l'accouchement): 3 aggravations et décès, parmi lesquels se trouvent 2 malades ayant reçu seulement 3 injections de sels d'or; 29 cas satisfaisants: 23 évolutions normales; 6 accidents fébriles passagers après l'accouchement.

Résultats éloignés: 6 malades ont été perdues de vue; de plus on note 4 décès, 2: deux ans et 2: huit ans après l'accouchement; 2 malades aggravées (rechutes ayant suivi l'accouchement de 3 et 6 ans); 6 stationnaires; 6 améliorées; 5 guéries.

• *b) Formes ulcéro-fibreuses : 10 cas*

Résultats immédiats: 9 évolutions normales et une aggravation passagère après l'accouchement.

Résultats éloignés: 1 malade perdue de vue; 3 décès: 1 an et demi, 2 ans et 4 ans après l'accouchement; 1 malade stationnaire; 1 améliorée; 4 guéries.

c) Formes fibreuses : 7 cas

3 guérisons; 4 améliorations nettes.

La chrysothérapie, dans son application préventive des aggravations de la tuberculose liées à la gravidité et à la parturition, a donné à MM. Léon Bernard et Ch. Mayer des résultats encourageants: sur 14 cas de tuberculose ulcéro-caséeuse qui, on le sait, est si souvent aggravée par la maternité, en soustrayant 4 cas où le traitement a été tout à fait insuffisant, ils gardent 10 cas avec succès et 2 échecs.

Il semble que l'action d'arrêt du sel d'or, manifestée dans les délais habituels au cours d'une grossesse, se maintienne assez solide pour contrebalancer et empêcher l'influence pernicieuse de l'accouchement. Si les effets favorables de la cure ne se produisent pas dès la grossesse, ou si la cure intervient trop tard au cours de la grossesse, l'accouchement a, pour ainsi dire, toute liberté pour déclencher l'aggravation qui en est si souvent la conséquence.

En ce qui concerne la forme ulcéro-fibreuse, la chrysothérapie est toujours indiquée par mesure de prudence.

3. Avortement thérapeutique chez les tuberculeuses

Lorsqu'on cherche des documents permettant d'apprécier son efficacité, on ne trouve que des renseignements vagues et contradictoires ainsi qu'on peut s'en rendre compte en lisant l'analyse, faite par Forssner, des travaux publiés à ce sujet. D'un article intitulé « L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses », par MM. A. Fissary et Lejard, il résulte que « pour assurer à 17 mères une survie de 3 ans et demi, il faudrait sacrifier 100 enfants : la rançon est un peu forte ».

On comprend qu'il ait pu naître, dans l'esprit de médecins ou d'accoucheurs, le désir de sauvegarder peut-être l'existence des mères en recourant à la suppression de la gestation. C'est ainsi que Pasquali et Bompiani étendirent, en 1886, les indications de l'avortement provoqué à la tuberculose pulmonaire et qu'en 1907, Maragliano conseilla de le pratiquer systématiquement. La lourde menace qui pèse sur la vie de la mère et que la pauvreté des moyens thérapeutiques alors en usage ne permettait pas de combattre, la valeur estimée, très aléatoire ou même mauvaise, de l'enfant, l'impression qu'il y a, en somme, pour ainsi dire, rien à perdre et probablement quelque chose à gagner en pratiquant l'interruption, sont des arguments qui servirent de base à la diffusion de cette doctrine.

En France, des raisons exactement inverses se sont opposées à l'avortement. Les soucis de l'intérêt social, l'intérêt inspiré par l'enfant, le respect conscient ou subconscient des lois religieuses séculaires, se sont alliés pour nous faire rejeter, par principe, l'avortement thérapeutique.

Chargerait-on l'accoucheur de se faire l'exécuteur des

hautes œuvres, alors que le phthisiologue et l'assistance sociale sont loin d'avoir épuisé leurs moyens? S'il s'agit véritablement d'un problème social, la ligne de conduite de l'accoucheur nous semble toute tracée: elle consistera à rechercher, à appliquer, et éventuellement à améliorer les moyens sociaux adéquats à la situation, de telle manière que toutes les ressources de la phthisiologie puissent être utilisées avant qu'il ne soit question d'avortement thérapeutique.

A la solution préconisée par les partisans de l'avortement thérapeutique, le Docteur F. Mercken répond: « Que l'accoucheur se garde de suppléer à l'insuffisance de moyens économiques d'une population par une méthode dont l'un des résultats les plus clairs est de déterminer un déficit certain de l'effectif social, à la conservation et à l'accroissement duquel il a pour fonction de se consacrer ».

Nous voyons aussi le Professeur Daels, de Gand, s'exprimer en ces termes particulièrement sévères: « Le fait que la Société ne s'acquitte pas de ses obligations envers la femme enceinte ne peut, en aucune manière, justifier l'interruption de la grossesse chez la femme tuberculeuse, pour raison sociale ».

UNE MATERNITE POUR TUBERCULEUSES (BAUDELOCQUE)

La maternité Baudelocque est, depuis novembre 1921, dotée d'une organisation spéciale permettant d'assurer l'assistance obstétricale des femmes atteintes de tuberculose pulmonaire.

Cette organisation, mise sur pied par MM. A. Couvelaire et L. Bernard, avec la collaboration de M. Lacomme, fonctionne avec le concours des organismes d'assistance aux tuberculeux relevant plus ou moins directement de l'Office public d'Hygiène Sociale du département de la Seine.

S'il est vrai que pour combattre la tuberculose « il faut la devancer et non la suivre » comme le réclamait déjà, en 1789, le grand clinicien de Montpellier, Baumes, il faut secourir le malade.

Il est donc indispensable de placer les mères, si elles ne le sont déjà, sous la protection médicale et sociale d'un organisme qualifié d'assistance aux tuberculeux.

Celles dont la tuberculose a été dépistée à la consultation générale des femmes en état de gestation de la clinique, sont systématiquement dirigées sur un dispensaire, non seulement pour vérifier le diagnostic, poser les indications thérapeutiques, mais pour permettre l'entrée immédiate

de la malade dans le champ d'action de l'Office public d'hygiène sociale.

La maternité est ainsi en liaison permanente avec un dispensaire anti-tuberculeux, et en particulier avec le dispensaire Léon Bourgeois où M. Léon Bernard a créé un centre important d'examen et d'assistance pour les futures mères. Grâce à une entente entre les chefs de service des dispensaires, la plupart des tuberculeuses gravides sont dirigées sur ce centre.

L'assistance aux tuberculeux réalisée à la clinique Baudelocque implique donc, non seulement la collaboration technique des médecins et de l'accoucheur, mais l'organisation de la vie familiale et sociale des malades, aussi importante que la détermination des indications thérapeutiques. Cette organisation n'est possible que grâce à l'action continue d'une assistante sociale.

L'assistante est la cheville ouvrière de ce service des tuberculeuses.

Grâce à l'organisation créée à la Maternité Baudelocque, les tuberculeuses accomplissant leurs fonctions maternelles ont donc été assistées au triple point de vue, médical, moral et social. Elles ont été hospitalisées dans des conditions telles qu'elles n'ont pas été dangereuses pour les mères saines venant accoucher à la Maternité. On ne peut nier qu'elles aient tiré un bénéfice réel de la façon dont elles ont été assistées, avant et après la naissance de leur enfant.

C'est dans ce sens que nous devons perfectionner notre organisation dont la nécessité restera entière, même si les recherches en cours démontraient, de façon irréfutable, que la transmission transplacentaire de la tuberculose est, à l'occasion de ses poussées évolutives, au cours de la gestation, moins exceptionnelle qu'on ne le croit aujourd'hui.

CONCLUSIONS

Une femme enceinte tuberculeuse devrait pouvoir poursuivre une cure sanatoriale pendant sa grossesse et plusieurs mois après son accouchement.

La grossesse et surtout l'état puerpéral (comportant les suites de couches et l'allaitement) constituent dans la majorité des cas une fatigue pour la femme normale; si la femme enceinte doit travailler au dehors, s'occuper de son intérieur ou de ses enfants, ce qui est la majorité des cas des femmes de la clientèle hospitalière, il est certain que la fatigue peut être telle qu'elle favorise l'éclosion ou le réveil d'une tuberculose pulmonaire.

Des efforts ont été tentés de toutes parts pour soustraire la femme enceinte obligée de travailler: périodes de repos prévues par les Assurances sociales — avant et après l'accouchement — maisons de repos pour les derniers mois de la grossesse, maisons de convalescence pour les suites de couches, crèches pour les enfants. Le développement de ces œuvres de charité privée, permettra d'éviter bien des cas d'éclosion ou de réveil de tuberculose pendant la grossesse ou l'allaitement.

Ce traitement préventif a une importance capitale chez les femmes porteuses de lésions cicatricielles de tuberculose pulmonaire. Pour éviter chez elle tout réveil évolutif, il faut leur faire arrêter le travail pendant la grossesse,

les faire rentrer en maisons de repos quand elles ne peuvent observer ce repos chez elles, prévoir la convalescence et l'allaitement dans les meilleures conditions possibles, les soulager momentanément des soins à donner à leurs enfants en plaçant ceux-ci. C'est au service social que revient cette tâche.

Voici ce qui est possible au point de vue social, pour éviter le réveil de tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte. Mais que peuvent les œuvres sociales pour les femmes tuberculeuses contagieuses ?

Le fonctionnement des Assurances sociales facilite l'envoi au sanatorium, mais il faudrait que les sanatoria soient, par leur nombre et leurs conditions d'admission, plus rapidement accessibles aux femmes enceintes tuberculeuses. On pourrait ainsi éviter un certain nombre de poussées évolutives de la grossesse, et surtout des suites de couches qui viennent compromettre à tout jamais la guérison des femmes.

Il faut éviter, chez la femme enceinte, la possibilité de surinfection tuberculeuse. La femme qui vit dans un milieu contaminé auprès d'un mari ou de parents atteints de tuberculose ouverte, déclenche une tuberculose évolutive à l'occasion d'une grossesse. Cette surinfection tuberculeuse ne paraît donc pas sans danger chez la femme enceinte; elle doit être évitée autant que possible.

De tout ce qui précède, il résulte que nous ne saurions mieux faire que conseiller la formule montpelliéraine: la collaboration phtisio-obstétricale où grossesse et suites de couches se passent au sanatorium, seul l'acte parturient se déroulant à la clinique obstétricale. Le voisinage immédiat de ces deux formations hospitalières place dans les conditions optima les tuberculeuses enceintes.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDLER. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction. (Thèse, Paris, 1927).
- BAR. — Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose. (VII^e Congrès de la tuberculose, Rome, 1922).
- BAR, BOSSI, MARTIN. — Rapport au Congrès international de la tuberculose de Rome, 1912.
- BAR. — Tuberculose et gestation. (Acad. de Médecine, 11 juillet, 14 novembre, 19 décembre 1922).
- BAR et DEVRAIGNE. — La sensibilité des femmes enceintes à la tuberculose. (Revue mens. d'Obst. et de Gyn., avril 1905, page 245).
- BERNARD (L.). — Rapports de la tuberculose et de la grossesse. (Académie de Médecine, 19 déc. 1922).
- BERNARD (L.). — Gestation et tuberculose pulmonaire. (Presse médicale, 16 novembre 1921).
- BERNARD (L.). — Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Soc. d'Obs. et de Gyn., mars 1921).
- BERNARD (L.), MAYER (Ch.) et SAKELLAROPOULOS. — La chrysothérapie préventive chez les tuberculeuses enceintes. (Presse méd., 7 oct. 1931).

BERNARD (L.). — Des relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité. (Paris Médical, 6 janvier 1923).

BLISNJANSKAJA (A.-I.) et LASAREVITCH (A.-L.). — La thoracoplastie et la grossesse. (Gyn. et Obst., 3 sept. 1936, p. 240).

BOMPIANI et PASQUALI. — L'avortement chez les tuberculeuses gravides. (Congrès de Rome, 1886).

BOSC. — Grossesse et pneumothorax. (Gaz. méd. du centre, sept. 1922).

BRINCOURT (J.). — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (L'Hôpital, janv. 36, n° 399, page 56).

BRINDEAU (A.). — Tuberculose et grossesse. (Soc. d'Obst. et de Gyn., 18 juin 1921).

BRINDEAU (A.). — Tuberculose et grossesse. (Congrès de Genève, 1923).

BRINDEAU (A.). — Les indications de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire. (Rev. de la Tuberculose, 1931).

BRINDEAU (A.). — L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses gravides. Résultats éloignés. (Rev. de la tuberculose, 1933, p. 61).

BRINDEAU (A.). — Indications et procédé opératoire de l'interruption de la grossesse chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire. (Bruxelles-Médical, 14 nov. 1937, n° 2, p. 39).

BRUPBACHER (F.). — Quand l'avortement médical est-il légitime ? (Zurich, 1924). (Gyn. et Obst. — Ann. 1925, p. 399).

CANUYT. — Laryngite tuberculeuse et gestation. (Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 21 mai 1920).

- CAUSSADE, AMSLER et LE MAÎTRE. — Grossesse et tuberculose pulmonaire. (Gaz. des Hôpitaux, 6 juill. 1938).
- CHIRIÉ (L.-J.) et WALTER (M.). — L'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse. (Bulletin méd., avril 1922, p. 695).
- CLEISZ. — Conduite à tenir en présence de l'association tuberculose pulmonaire et gestation. (Gyn. et obst., 1923, t. VII, n° 3).
- CLEISZ. — Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité. (Gyn. et Obst., 1923, t. VII, n° 2).
- COURMONT. — Pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire au cours de la grossesse. (Soc. Méd. Hôp. Lyon, juin 1925). (In Pres. Méd., 11 juil. 1925, n° 55, p. 938).
- COUVELAIRE. — Avenir des enfants de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire. (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, nov. 1933, p. 469).
- COUVELAIRE. — Rapports de la tuberculose et de la gravidité (Soc. d'Obst. et de Gyn., Paris, 1921).
- COUVELAIRE. — Une maternité pour tuberculeuses. (Gyn. et Obst., juin 1926, n° 13, p. 428).
- COUVELAIRE. — Tuberculose et fonction de reproduction chez la femme. (Méd. et tuberculose, mai 1927).
- COUVELAIRE. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction. (Paris Médical, 17 déc. 1932, p. 522).
- DAUWE (O.). — De la conservation de la grossesse chez la femme tuberculeuse. (Bruxelles-Médical, 14 nov. 1931, n° 2, p. 45). Communication présentée à la séance du 9 oct. 1937 de la Société belge de Gyn. et d'Obst.).

DELMAS (P.). — Tuberculose et puerpéralité. (Clinique et laboratoire, 20 mai 1922).

DEMELIN (D.). — Tuberculose pulmonaire et grossesse. (Journal des praticiens, 2 et 9 mars 1929).

DUMAREST (P.) et BRETTE. — Rapports de la grossesse et de la tuberculose. (Bull. Ac. de Méd., 3 oct. 1922, n° 31).

DUMAREST (P.) et BRETTE. — Grossesse et tuberculose. (Pres. Méd., 21 juin 1922).

DUMAREST (P.) et LÉONARDI (Ch.). — Grossesse et formes cliniques de la tuberculose. (Bull. Médical, 18 janv. 1936, p. 487).

FORSSNER. — Rapport à la conférence internationale contre la tuberculose. Lausanne, 1924. (Revue de la tuberculose, 1924, p. 730).

FRUHHINSHOLTZ (A.). — Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire. (Revue Médic. de l'Est, 1^{er} avril 1923), (Gyn. et Obst., année 1925, p. 397).

GENDRON et MOISNARD. — Pneumothorax artificiel et grossesse. (Gyn. et Obst., année 1923, p. 469).

GRIMBERG. — Grossesse et pneumothorax artificiel. (Thèse Paris, 1923).

JEANNIN. — De l'influence de la grossesse sur la tuberculose. (Progress Médical, n° 28, 9 juillet 1927).

JESSEN (H.). — Thoracoplastie et accouchement. (Zeitschrift für Tuberkulose, t. LXIII, n° 3-4, janvier 1932), (in Revue Tuberculose, 1933).

KOURILSKY (Simonne). — La tuberculose chez la femme enceinte. (Thèse Paris, 1934).

- LACOMME. — Une maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudelocque). (Thèse Paris, 1926).
- LACOMME. — Tuberculose et fonction de reproduction. (Leçon faite à la Clinique Baudelocque).
- LAWRENCE S. FULLER. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire avec la gravidité et la puerpéralité. (Thèse Paris, 1927).
- MAYER (Ch.) et KAPLER (V.). — Grossesse, tuberculose et sels d'or. (Clinique et laboratoire, 20 mars 1938, n° 3, p. 66).
- MERCKEN (N.). — Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire. (Bull. de la Société belge de Gyn. et d'Obst., année 1927, t. XIII, n° 4, p. 128).
- NOBÉCOURT et PARAF. — L'influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire et pleurale — L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse. (Presse Méd., n° 14, 18 févr. 1920).
- PARISOT (J.), SIMONIN (P.) et VERMELIN (H.), de Nancy. — De la possibilité d'influences mécaniques favorables au cours de la grossesse sur le cours de la tuberculose pulmonaire. (Congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française. Paris, octobre 1925).
- PERAIRE (Georges). — Du pneumothorax thérapeutique chez les tuberculeuses gravides. (Thèse Paris, Paris, 1931).
- PETSCHACHER. — Über Schwangerschaftunterbiechungen wegen Langertuberkulose (Wiener Klinische Wochens., t. XLIV, n° 10, 6 mars 1931). L'interruption de la grossesse pour tuberculose pulmonaire. (Revue de la tuberculose, 1932).
- PINARD. — De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation. (Acad. de Méd., 1912). (Ann. d'Obst. et de Gyn., juin 1912, p. 321-330).

PINARD. — Tuberculose et grossesse. (Acad. de Méd., nov. 1912).

PISSAVY et LEJARD. — L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses. (Presse Méd., 17 nov. 1926, p. 1441).

RAIMONDI, GONZALÈS et DE LA COLINA. — Tuberculose pulmonaire et gestation. (Pressa médica Argentina, 20 fév. 1927). (Gyn. et Obst., année 1928, p. 153).

RIST (E.). — Tuberculose pulmonaire et gravidité. (Soc. d'Obst. et de Gyn., 14 mars 1921). (Revue de la tuberculose, 1921).

SCHICKELÉ. — Ligne de conduite pour l'avortement thérapeutique. Les indications dites sociales. (Strasbourg-Médical, Janv. 1924). (Gyn. et Obst., année 1925, p. 400).

SERGENT. — Tuberculose et grossesse. (Presse médicale, 5 juillet 1913).

SERGENT. — Tuberculose et gestation. (Académie de Médecine, 11 juillet, 12 décembre, 19 décembre 1922).

SERGENT. — Pneumothorax bilatéral après l'accouchement. (Paris-Médical, 2 janv. 1926).

SMOLIZANSKI. — Grossesse et tuberculose. (Bulletin de la Soc. des Médecins de Dispensaires, 1^{er} mars 1932. Revue de la tuberculose, 1933).

WAITZ (Carl). — Tuberculose et gestation. (Zeitschrift für Tuberculose, t. LXIII, n° 5, févr. 1932 ; Revue Tuberculose, 1933, p. 198).

ZINKE. — L'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire. (Monatschrift für Geburtshilfe und gynäkologie, mai 1931). (Gyn. et Obst., année 1932, p. 317).

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Du Traitement de la Tuberculose
pulmonaire chez la femme enceinte

Par Robert Desbordes

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 juillet 1939.

Le professeur :

P. DELMAS.

Vu :

Montpellier, le 10 juillet 1939.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 11 juillet 1939.

Le Recteur,

PARISELLE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon étal ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
